



INFORME MÉDICO

Instrucciones

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y/o electrónicamente.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar, la información debe ser detallada.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, rayaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Género F M Edad _____ No. de póliza _____

Actividad, ocupación o profesión _____ Correo electrónico _____

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente(dd/mm/aaaa) _____ Hora/minutos _____

Fecha 1er consulta(dd/mm/aaaa) _____

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Si No

¿Cual? _____

MECANISMO DE LESIÓN

Cuadro clínico _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES/HALLAZGOS

TRATAMIENTO Y/O INTERVENSIÓN QUIRÚRGICA

En caso de cirugía anexar nota post quirúrgica _____

ESTUDIOS REALIZADOS

Cuales fueron los estudios que confirman el diagnóstico, anexar interpretación de estudios realizados _____

ATENCIÓNES SUBSECUENTES

Llenar en caso de atenciones subsecuentes: indicar evolución y estado actual del paciente _____

COSTO DEL TRATAMIENTO COMPLETO

Nombre del hospital _____ Ciudad _____ Honorarios médicos \$ _____

TIPO DE ESTANCIA

Urgencia Corta estancia ambulatoria Hospitalaria Hospital donde se atendió _____

Fecha de ingreso(dd/mm/aaaa) _____ Fecha de egreso(dd/mm/aaaa) _____

INCAPACIDAD

El paciente por su lesión, ¿Requiere incapacidad temporal o definitiva? _____

¿A partir de que fecha se inicia el periodo de incapacidad? (dd/mm/aaaa) _____

¿En que fecha se ingresará a sus actividades habituales? (dd/mm/aaaa) _____

MÉDICO TRATANTE

Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

RFC _____ Especialidad _____

No. de cédula profesional _____ No. de cédula especialidad _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____ Lugar _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

RFC _____ No. de Identificación oficial _____ Teléfono _____

Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe invalidará toda responsabilidad de la compañía.

El tratamiento de los datos personales se realiza de acuerdo al Aviso de Privacidad en www.thonaseguros.mx

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del responsable del paciente

